

診療依頼書①

貴院の 情報	貴院名：		担当獣医師名：	
			休診日：月・火・水・木・金・土・日・祝	
	住所：〒			
	電話番号：		時間外に連絡可能な電話番号：	
飼い主様 の情報	お名前：		電話番号：	
動物の情報	動物の名前：		体重：	予防状況： 混合ワクチン 有・無・不明 狂犬病 有・無・不明 フィラリア予防 有・無・不明 ノミ・ダニ予防 有・無・不明
	動物種：		性別：雄・雌・去勢済・避妊済	
	品種：		生年月日：	
			年 月 日	
当院への ご希望	<input type="checkbox"/> CT撮影 <input type="checkbox"/> 診断・治療に関する相談のみ（セカンドオピニオン） <input type="checkbox"/> 確定診断のための検査のみ（治療は貴院で実施） <input type="checkbox"/> 外科手術など治療のみ ないし 診断から治療まで <input type="checkbox"/> 診断・治療・定期検診を含む今後の診察全般 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
飼い主様 のご希望	<input type="checkbox"/> 撮影のみ <input type="checkbox"/> 徹底的・積極的な診断・治療をご希望 <input type="checkbox"/> 費用的制限を優先 <input type="checkbox"/> 全身麻酔に抵抗あり <input type="checkbox"/> 外科手術に抵抗あり <input type="checkbox"/> その他（ ）			
診察日の ご希望	<input type="checkbox"/> 通常診療（2~3日後以降） <input type="checkbox"/> 緊急診療（48時間以内） ※ご希望に沿うことができない場合もあります。			
再診時の 報告希望	報告頻度： <input type="checkbox"/> 受診毎 <input type="checkbox"/> 治療方針変更時 <input type="checkbox"/> 治療完了時 <input type="checkbox"/> 不要 報告方法： <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> メール			

ご紹介の際は、診療依頼書①および②をご記入のうえ、メール・FAXにて送信願います。

FAX番号：098-923-1509

メール：islandvet.oki@gmail.com

診療依頼書②

飼い主様のお名前：	動物の名前：
主訴もしくは臨床診断名：	
現病歴： (特に最近行った処置/使用している薬剤と用量/治療に対する反応など)	
特記すべき検査結果： (検査センターからの報告書等は添付願います。X線写真や標本(細胞診/病理組織)は可能であれば受診日にご持参願います)	

ご紹介の際は、診療依頼書①および②をご記入のうえ、メール・FAXにて送信願います。

FAX番号：098-923-1509

メール：islandvet.oki@gmail.com